

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 134

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
ANGIOMES PÉDICULÉS
DE LA CONJONCTIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 17 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROBERT TROCHÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Médecin aide-major de 1^{re} classe

né le 29 Mars 1892, à Châlons-sur-Marne



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1920

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ANGIOMES PÉDICULÉS DE LA CONJONCTIVE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 134

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
ANGIOMES PÉDICULÉS
DE LA CONJONCTIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 17 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROBERT TROCHÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Médecin aide-major de 1^{re} classe

né le 29 Mars 1892, à Châlons-sur-Marne



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	BARD.
Clinique ophtalmologique.		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	BÉRARD.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	{	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie,	{	LÉPINE (J.).
Chimie biologique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie	{	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	{	HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie	{	MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne	{	X.
Pathologie et Thérapeutiques générales.		POLICARD.
Anatomie pathologique	{	DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	{	MOURIQUAND.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.	{	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING (F.).
Pharmacologie	{	ET MARTIN.
		COURMONT (P.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agréé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie.	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	X.	
Déontologie et médecine professionnelle	X.	

AGRÉGÉS

MM. BARRAL COMMANDEUR NEVEU-LEMAIRE LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARJET BRETIN LERICHE THEVENOT Léon TAVERNIER. CADE.	MM. GUILLEMARD GARIN SAVY FROMENT THEVENOT (Lucien) PIERY	MM. COTTE DUROUX BONNAMOUR. chargé des fonctions. SARVONAT, chargé des fonctions.
--	--	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.
ROLLET, président ; VILLARD, assesseur ; COTTE, DUROUX, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE
LE MÉDECIN-MAJOR DE 2^e CLASSE MAURICE TROCHÉ

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Tué à l'ennemi le 7 Octobre 1915

A MON PÈRE
LE MÉDECIN PRINCIPAL DE 1^{re} CLASSE TROCHÉ

Officier de la Légion d'Honneur

A MA MERE

A MON ONCLE
LE GÉNÉRAL DE BRIGADE DIDIO

Commandeur de la Légion d'Honneur

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique
Officier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS
ET DE LA FACULTÉ DE LYON

A CEUX DE MES CAMARADES
QUI FURENT MES AMIS

INTRODUCTION

Au cours du deuxième semestre 1919, deux cas typiques d'angiome pédiculé de la conjonctive furent observés à la Polyclinique de Monsieur le Professeur Rollet.

Sur les conseils de notre maître, nous avons entrepris de réunir, dans le présent travail, l'ensemble des questions relatives à cette tumeur rare et de déterminer, grâce aux deux cas actuels et en nous aidant des travaux antérieurs, son individualité propre.

Après un court historique de la question, nous passerons en revue, dans des chapitres successifs, l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, l'évolution et les transformations possibles des angiomes pédiculés. Le traitement nous arrêtera tout spécialement. Enfin nous publierons toutes les observations recueillies, tant en France qu'à l'Etranger.

Monsieur le Professeur Rollet nous a accueilli dans son service avec une très grande bienveillance ; il nous a prodigué sans compter ses conseils : qu'il veuille bien accepter ici l'hommage de notre respectueuse et profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Bussy, chef de clinique ophthalmologique et mon ami, le Docteur Surreau, ont bien voulu nous prêter le concours de leur talent : nous les prions de recevoir nos biens vifs remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'angiome pédiculé de la conjonctive est une tumeur extrêmement rare et son histoire est de date relativement récente.

Il est très probable que des cas d'angiome pédiculé sont passés tout à fait inaperçus, confondus avec des tumeurs pédiculées de la conjonctive, avec lesquelles, il faut l'avouer, ils ont bien des points communs. Les examens histologiques, pratiqués d'une façon systématique, ont permis de les séparer nettement des polypes et des papillomes surtout, auxquels certains auteurs ont voulu les rattacher.

Le premier travail publié sur cette question semble être celui de Burns, qui, en 1811, produit l'observation d'un angiome pédiculé, assez volumineux, attaché à la conjonctive palpébrale supérieure et venant pendre jusqu'au devant de la cornée.

En 1876, Ruvioioli décrit un cas de cette tumeur dans lequel le traumatisme semble jouer un rôle tout à fait net.

En 1883, Rampoldi et Stéfanini, dans les *Annales d'Ophtalmologie de Pavie*, consacrent un article à cette étude et publient un cas.

A partir de 1894 les observations se font plus nombreuses : Zimmermann et Krochinski apportent deux observations ; celle de Krochinski est particulièrement intéressante en ce sens qu'au moment de l'opération, le pédicule se rompit sans aucune hémorragie ; l'auteur voit dans ce fait la possibilité de la guérison spontanée dans l'angiome pédiculé.

Fehr, en 1897, résume dans un article des *Archiv für Ophtalmologie* les travaux parus antérieurement.

En 1898, Bock fournit une nouvelle observation.

Une très intéressante contribution à la question est apportée par Pergens qui, en 1901, dans les *Klinische Monatsblätter* fait une étude très complète de cette tumeur et en cite un cas personnel.

En 1905, Carlini, dans les *Annales d'Ophtalmologie de Pavie*, relate l'histoire très intéressante d'un angiome pédiculé dont l'ablation fut suivie de deux récidives locales.

En 1907, dans un travail d'ensemble présenté à la Société d'Ophtalmologie de Paris, par M. Chaillaus, M. Castelain, de Lille, refait l'étude complète de cette néoformation.

En 1914 enfin, Mlle Chic, dans une thèse inspirée par M. le Professeur De Lapersonne, passe en revue les angiomes de la conjonctive en général en insistant plus spécialement sur leurs transformations malignes.

CHAPITRE II

Étiologie

Les angiomes pédiculés constituent dans un grand nombre de cas des affections congénitales. Wordrop prétendait même qu'ils étaient toujours congénitaux. Cette formule est trop absolue, car il est des exemples incontestables où la congénitalité n'a pu être invoquée et où le traumatisme a joué le rôle essentiel.

Aussi pouvons-nous, dès maintenant, les diviser en deux variétés :

Angiomes pédiculés congénitaux,
Angiomes pédiculés traumatiques.

Les premiers apparaissent rarement à la naissance, ou alors faut-il admettre qu'ils restent parfaitement tolérés pendant un certain nombre d'années, ne donnant lieu, chez l'enfant qui extériorise mal ses sensations, à aucun symptôme subjectif.

Dans la majorité des cas ils apparaissent de cinq

à seize ans (Obs. I, V, VI, VIII, IX, X), l'organisme subit pendant cette période des transformations profondes et une tumeur jusque là latente, peut très bien acquérir un développement rapide et considérable.

Doit-on admettre l'existence d'angiomes senils (Obs. VII, XI) comme Dubreuil, en 1902, au Congrès international des Sciences médicales en émettait l'hypothèse, c'est fort possible, mais non certain dans l'état actuel de la question.

L'angiome traumatique a été bien mis en évidence par Galezowski, Snell, Paderstein et, plus récemment, par Gros, dans un article paru en 1904 dans le *Bulletin Médical de l'Algérie*.

L'observation de Ruvioli (Obs. III) est tout à fait nette à cet égard.

A notre avis le sexe n'exerce aucune influence sur la production des angiomes ; sur les onze observations que nous avons recueillies, tous les sujets étaient du sexe masculin.

L'œil droit et l'œil gauche sont atteints dans des proportions sensiblement égales :

Œil gauche : 4 cas.

Œil droit : 5 cas.

Deux cas non spécifiés.

Il est intéressant de constater que souvent les angiomes pédiculés de la conjonctive coexistent avec des nævi vasculaires, siégeant sur les paupières, la racine du nez, le front, la joue. Comme nous le ver-

rons plus loin, ce sont des causes embryologiques qui doivent être invoquées. Certains auteurs admettent même que ces tumeurs ne sont jamais limitées à la conjonctive (De Lapersonne) et sont secondaires à des néoformations vasculaires des paupières. Cette assertion peut paraître exagérée car dans plusieurs de nos observations elles étaient nettement primitives.

Les angiomes sessiles affectent une prédilection pour l'angle interne de l'œil et principalement le repli semi-lunaire et la caroncule ; les localisations de l'angiome pédiculé sont tout à fait différentes et nous résumons dans le tableau suivant ce que nous avons observé :

Conjonctive palpébrale supérieure : Obs. IV,
V, IX, XI.

Conjonctive palpébrale inférieure : Obs. II.

Cul de sac supérieur : Obs. VII, X.

Cul de sac inférieur : Obs. I.

Conjonctive bulbaire : Obs. III.

Caroncule : Obs. VIII.

Angle externe : Obs. VI.

Les parties les plus mobiles sont donc les points d'élection et on est amené à penser que ce sont les mouvements palpébraux qui déterminent la formation du pédicule. L'angiome pédiculé ne serait, en définitive, qu'un angiome sessile secondairement pédiculé. Il est bien difficile de trancher cette question ; cependant certaines récurrences rapides avec pédicule plaident contre cette hypothèse.

CHAPITRE III

Pathogénie

Il faut considérer les angiomes comme des vices de développement du système vasculaire dus à des causes embryologiques.

Virchow, dont l'opinion est généralement admise à l'heure actuelle, a montré que ces malformations étaient surtout fréquentes dans les régions dont le développement est compliqué ; elles sont dues à des troubles d'évolution des fentes faciales ou branchiales d'où le nom d'angiomes *fissuraires* que leur a donné Pannas.

« Des états très légèrement irritatifs peuvent suffire pour déterminer sur les bords et au pourtour de ces fentes qui sont très richement vascularisées un développement vasculaire plus fort qui peut apparaître sous forme de *nœvi* » (Virchow).

Mais, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, ces angiomes ne se montrent qu'entre 6 et 15 ans ; il faudrait donc admettre que l'enfant apporte,

en naissant, une prédisposition entraînant lentement des modifications dans l'appareil vasculaire local.

Cette hypothèse explique assez bien la genèse des angiomes traumatiques : le traumatisme ne ferait que mettre en évidence cette prédisposition.

Quoiqu'il en soit ce chapitre de la pathogénie des angiomes est encore très imparfaitement connu et appelle de nouvelles précisions.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Les angiomes ou hémangiomes sont des tumeurs formées soit par des vaisseaux capillaires néoformés et dilatés, soit par un véritable tissu caverneux néoformé analogue à celui des organes érectiles.

C'est donc avant tout une tumeur de capillaires comme l'a démontré Cruveilhier.

La constitution de l'angiome pédiculé est simple ; on y distingue deux parties :

- 1° Une membrane d'enveloppe ;
- 2° Un tissu propre.

1° Membrane d'enveloppe. — Elle revêt régulièrement toute la surface de la tumeur ainsi que son pédicule. La coupe nous montre qu'elle n'est autre que la conjonctive peu ou pas modifiée. Si l'angiome s'est développé sur la portion palpébrale, nous y verrons un épithélium cylindrique stratifié avec quelques rares cellules à mucus ; si, au contraire, il

est apparu sur la conjonctive bulbaire nous aurons un épithélium pavimenteux stratifié.

Le derme est en général mince, assez régulier ; il contient parfois quelques cellules lymphoïdes, groupées en amas.

2° Tissu propre. — Suivant sa structure, on peut diviser les angiomes en deux grandes classes :

- a) Angiomes simples ;
- b) Angiomes caverneux.

a) *L'angiome simple* (encore appelé télangiectasie, angiome plexiforme, nævus sanguin) apparaît à l'œil nu sous forme d'une tumeur finement lobulée remplie de sang ; en la dissociant on voit qu'elle est formée de granulations (grains de Porta, 1860) formées chacune d'un peloton de capillaires sanguins. Au microscope, l'angiome plexiforme est constitué uniquement de capillaires séparés par du tissu conjonctif. Dans les espaces conjonctifs appelés encore interlobulaires, on aperçoit quelques artérioles et veinules qui assurent la circulation sanguine des pelotons capillaires.

Les capillaires de l'angiome sont plus larges que les capillaires normaux : de plus leur calibre est irrégulier et ils présentent fréquemment des diverticules latéraux plus ou moins considérables, ils sont également flexueux, allongés, et leur développement rappelle parfois la disposition du glomérule de Malpighi. La paroi des capillaires est formée d'une tu-

nique hyaline renfermant souvent des cellules rondes et d'un revêtement endothélial ; les cellules endothéliales sont parfois beaucoup plus hautes, plus cubiques qu'à l'état normal et on a pu prendre les capillaires d'un angiome pour des culs de sac glandulaires. Le plus ordinairement les capillaires se touchent et ne sont séparés que par une très petite quantité de tissu conjonctif, parfois, au contraire, le tissu conjonctif intermédiaire est plus abondant et infiltré de cellules rondes.

b) *L'angiome caverneux* (appelé tumeur érectile par Dupuytren) présente une grande ressemblance avec le tissu des corps caverneux.

A la coupe, on voit des trabécules de couleur blanchâtre délimitant des lacunes plus ou moins grandes, pleines de sang et communiquant entre elles. Les trabécules sont constituées par du tissu conjonctif : elles renferment des artérioles et des veinules ainsi que des nerfs (Esmarch), on y trouve également des cellules graisseuses, des amas lymphoïdes, des fibres élastiques (Campart) et Coppez y a décrit des fibres musculaires lisses. Les lacunes sanguines sont tapissées par un endothélium formé de cellules aplaties, plus épaisses, plus riches en protoplasma et possédant un noyau plus globuleux que normalement. Compart y a découvert des granulations pigmentaires que Panas signale également dans son *Anatomie pathologique de l'œil*.

Très fréquemment, l'angiome caverneux fait suite à un angiome simple, mais ce n'est pas là une ter-

minaison obligatoire ; un bon nombre d'angiomes plexiformes conservent leur structure primitive malgré une dilatation progressive des vaisseaux ectasiés, amenant leurs parois en contact les uns des autres.

Ces deux variétés que nous venons d'étudier ne sont pas toujours aussi distinctes l'une de l'autre, il existe entre elles toute une gamme de formes intermédiaires les reliant sans transition l'une à l'autre.

La circulation dans les angiomes est intéressante à étudier. Le sang arrive par des artères afférentes et en sort par des veines efférentes, comme l'ont montré Virchow et Broca. Rokitansky et Esmarch, au contraire, admettaient l'existence d'angiomes indépendants des artères et ne communiquant qu'avec les veines (angiomes phlébogènes) : la possibilité de les injecter par les artères (Hausse, Wedl) a ruiné cette théorie et confirmé l'opinion précédemment émise.

Dans certaines tumeurs, le sang passe très facilement des artères dans les veines : ce sont les angiomes rouges, ceux que Broca appelait angiomes artériels ; il y a là un terme impropre qui prête à confusion en faisant croire qu'ils sont formés d'artères dilatées alors que, nous l'avons vu plus haut, il n'y a que des vaisseaux capillaires. Dans d'autres cas, au contraire, la circulation se fait mal, le sang a la coloration foncée du sang veineux : ce sont les angiomes bleus, les angiomes veineux de Broca.

L'angiome a été quelquefois confondu avec d'au-

Ires tumeurs pédiculées : polypes et papillomes. Forster admettait que le papillome n'était qu'une variété d'angiome ; cette opinion n'a pas prévalu et l'angiome garde une individualité propre. Le papillome, en effet, est composé : 1° de bouquets vasculaires ascendants, reproduisant avec plus ou moins de complications les types de diverses papilles de la peau et des muqueuses ; 2° d'un relèvement du tissu connectif de la membrane, siège de la néo-formation ; 3° d'une surface épithéliale moulée sur la forme même de la végétation connective vasculaire.

On voit par là la différence essentielle qui sépare ces deux tumeurs dont la division doit être maintenue.

CHAPITRE V

Symptomatologie — Diagnostic

Nous avons vu plus haut que les angiomes pédiculés pouvaient être fort bien tolérés (chap. II), aussi les symptômes en sont-ils variables. Les plus constants sont la sensation de corps étranger dont se plaignent les malades, une exsudation légère collant les paupières au réveil, et quelquefois un peu de larmolement. La douleur est rarement accusée, elle est plus fréquente dans les angiomes sessiles et consécutive à des compressions ou des inclusions nerveuses dans l'épaisseur de la tumeur.

L'angiome pédiculé se présente sous forme d'une tumeur régulière, ovoïde ou piriforme, sa surface est en général lisse, quelquefois mamelonnée, creusée de cryptes ; elle est luisante en raison de son revêtement conjonctival. Sa consistance est molle, mais élastique. La couleur peut aller du rouge vif au violet sombre ; elle est parfois grisâtre, lorsqu'il y a formation importante de tissu fibreux. On observe rarement des changements brusques de coloration

comme dans les autres angiomes ; les efforts, la toux, la position déclive, la menstrualité l'influencent très légèrement.

On observe souvent un suintement sanguin ; une ulcération peut se produire secondairement et des hémorragies graves en résulter.

Le volume n'est jamais considérable, six à huit millimètres comme mesures extrêmes ; un petit pois, un grain de blé, un grain de plomb sont les comparaisons le plus fréquemment données.

Le pédicule est mince et effilé, sa longueur moyenne est de trois à quatre millimètres.

Autour de son point d'implantation conjonctival on remarque souvent un peu d'injection, indice d'une conjonctivité mécanique légère et chronique.

Les symptômes fonctionnels sont purement d'ordre mécanique : gêne de l'occlusion des paupières, strabisme léger. A la longue, mais seulement lorsque la tumeur est en contact avec la cornée, peuvent survenir des troubles de la vision.

Le diagnostic est à faire avec toutes les tumeurs pédiculées qui peuvent prendre naissance sur la conjonctive :

Les *dermoïdes*, tumeurs dures, se rencontrant le plus souvent sur le bord temporal de la cornée ; leur surface est sèche et recouverte de fins poils, ils sont adhérents, très rarement pédiculés.

Les *kystes glandulaires ou lymphatiques* ; ils se

présentent sous forme de saillies transparentes, arrondies ou allongées.

Les *polypes et les papillomes*. — La différence est parfois fort difficile à établir et seul l'examen anatomique permet d'affirmer la nature de la tumeur. Le papillome se distingue cependant dans certains cas du polype et de l'angiome par l'aspect de la surface ; celle-ci n'est pas lisse, luisante, mais, au contraire, d'aspect papillaire, rappelant l'aspect d'une framboise ou d'un choux-fleur.

Le diagnostic différentiel avec le *névrome plexiforme* est facile ; l'aspect si spécial de cette tumeur bosselée, inégale, formée d'un peloton de cordons noueux, enchevêtrés et anastomosés ne prête guère à confusion.

Le sarcome toujours pigmenté se reconnaît aisément.

L'*épithéliome* forme une proéminence d'aspect charnu qui s'étend lentement et qui s'ulcère souvent sur une surface plus ou moins grande ; la coloration n'est pas rouge vif comme dans l'angine et il n'y a pas de suintement sanguin.

CHAPITRE VI

Evolution et Transformations

L'angiome pédiculé évolue rarement vers la guérison spontanée. Krochinski, s'appuyant sur une observation (Obs. VI), admettait que, sous l'influence des mouvements palpébraux incessants, il se produisait une élongation et une atrophie du pédicule, amenant secondairement une élimination spontanée de la tumeur. Cette éventualité doit être considérée comme tout à fait exceptionnelle et, dans l'immense majorité des cas, l'angiome tend à persister et même à s'accroître.

L'évolution peut d'ailleurs être divisée en deux étapes : tout d'abord l'angiome se développe assez rapidement et acquiert en peu de temps un volume qui, nous l'avons vu plus haut, n'est jamais très considérable ; le pédicule reste mince et effilé, puis la tumeur semble stationnaire, l'accroissement se fait d'une façon extrêmement lente. Nous croyons que ce fait est imputable aux mouvements palpébraux : grâce à la longueur et à l'étroitesse du pédicule, ils

produisent une sorte de torsion intermittente de la tumeur autour de son point d'implantation conjonctival et amènent une gêne mécanique de la circulation ; le tissu vasculaire irrigué d'une façon insuffisante, ne trouverait plus alors les circonstances favorables à son développement.

Y a-t-il lieu de distinguer au point de vue de l'évolution les angiomes traumatiqués des angiomes congénitaux ; nous ne le pensons pas. Les premiers, peut-être, s'accroissent-ils d'une façon un peu plus rapide que les seconds ; la différence en tous cas est tout à fait minime.

Les complications qui peuvent survenir au cours du développement d'un angiome sont rares : la plus sérieuse est l'ulcération qui donne naissance à des hémorragies parfois fort graves.

Les récidives consécutives à des ablations incomplètes nous semblent, contrairement aux opinions antérieurement émises, relativement fréquentes : 4 cas sur 11 observations. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la rapidité avec laquelle la récidive acquiert le volume de la tumeur initiale.

L'observation de Carlini (Obs. X) est tout à fait démonstrative à cet égard : cinq jours après l'opération, la première récidive faisait son apparition et en dix semaines atteignait le volume de la tumeur extirpée ; quelques jours après la deuxième ablation la deuxième récidive acquerrait un volume sensiblement égal.

Dans l'observation de Ruvioli (Obs. III) l'angiome

récidive si rapidement que la plaie opératoire n'était pas encore cicatrisée.

Dans notre observation personnelle (Obs. II) le malade se présentait à la consultation 44 jours après l'extirpation, porteur d'un angiome pédiculé absolument semblable à l'angiome primitif.

Ces faits confirment nettement ce que nous avançons plus haut concernant l'évolution de la tumeur en deux étapes. Nous pouvons donc dire que la présence du pédicule est un facteur de bénignité.

Ceci nous explique les raisons pour lesquelles l'angiome pédiculé évolue plus lentement que l'angiome sessile et on n'a jamais observé ces tumeurs à marche rapide, envahissant la conjonctive avoisinante, la musculature de l'œil, même l'orbite et nécessitant une énucléation rapide comme dans le cas rapporté par Handmann.

Les angiomes pédiculés, comme toute tumeur vasculaire, peuvent ne pas rester à l'état pur et subir un certain nombre de transformations.

Des dépôts fibrineux peuvent se produire sur la paroi des lacunes du tissu caverneux (Boeckel) ; la thrombose complète d'une partie de la tumeur peut en résulter (Billroth). On peut y rencontrer des *angiolithes*, comparables aux *phlébolithes* des paquets variqueux. La transformation fibreuse (mode de guérison spontanée), la transformation lipomateuse avec formation d'un angio-lipome (Virchow, Coyne) peuvent survenir. A signaler encore la transformation kystique : une partie de la tumeur se trouve séparée du reste par une inflammation adhé-

sive suivie de thrombose et forme un kyste à contenu sanguin.

On a parlé également de la dégénérescence maligne de l'angiomé ; il y a là un terme vicieux, car l'angiome pur, entendu au sens d'une tumeur composée de capillaires néoformés, ne donne pas de transformation maligne, mais on a pu observer la transformation sarcomateuse de la trame conjonctive.

Nous n'avons exposé ces évolutions possibles que dans un but uniquement théorique, car jamais, dans les observations que nous avons recueillies, nous n'avons pu en découvrir d'exemples. La thérapeutique active qui a été appliquée de bonne heure, n'a pas permis à ces transformations d'apparaître soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme.

CHAPITRE VII

Traitement

Les diverses méthodes thérapeutiques, applicables aux angiomes pédiculés, peuvent être groupées sous deux chefs :

Méthodes atrophiantes ;

Interventions chirurgicales.

1° La première classe n'a plus à l'heure actuelle qu'une valeur historique. Nous nous bornerons à en rappeler très brièvement les diverses modalités.

a) Injections coagulantes. — Blessig injectait une solution de perchlorure de fer à 6 ou à 12 %. La réaction était violente, douloureuse. Des embolies, provenant des coagulations, pouvaient se produire. La guérison était incertaine.

Dimmer et Talko employaient des caustiques chimiques (nitrate d'argent). Snell le natrium méthyle.

b) Elecholyse. — Unipolaire ou de préférence bipolaire. Les résultats sont douteux, les applications longues et douloureuses. Ce traitement est resté en usage pour les vastes angiomes sessiles.

2° Les interventions chirurgicales constituent la méthode de choix, celle qui, appliquée suivant une technique appropriée, donne des résultats parfaits.

Divers procédés peuvent être employés :

En première ligne vient la ligature pure et simple du pédicule. La tumeur se dessèche, s'atrophie et tombe d'elle même. Moyen peu pratique, le malade continue à se frotter les yeux, irrite sa conjonctive et s'infecte quelquefois.

Plus recommandable est la section du pédicule avec les ciseaux, mais souvent une hémorragie assez sérieuse peut survenir. Il vaut mieux, dans ce cas, procéder à la ligature préalable du pédicule, le plus près possible de son point d'implantation conjonctival et faire la section secondaire aux ciseaux.

Mais nous avons vu plus haut (Obs. II, III, X) que les récidives sont fréquentes et rapides, aussi croyons-nous que la véritable technique, évitant ces réitérations, est celle qui consiste à disséquer soigneusement le point d'insertion conjonctival et à pratiquer une suture hémostatique.

Cette façon de procéder nous paraît supérieure à la méthode classique de la cautérisation au galvano-cautère.

M. le Professeur Rollet, dans la thèse de M. Sabrat-Khun, sur l'angiome caverneux de l'orbite, a montré

qu'un angiome du volume d'une petite noix, placé derrière l'œil, pouvait s'enlever très facilement par orbitotomie externe. La tumeur fut énucléée sous le doigt, extirpée sans aucune hémorragie. L'œil avait pu être conservé avec sa fonction entière. La malade, âgée aujourd'hui de 35 ans, et opérée il y a plus de dix ans, a toujours sa « *restitutio ad integrum* ».

Nous avons cité cet exemple pour bien montrer qu'il est de toute nécessité d'enlever complètement les angiomes, sous peine de voir se reproduire dans un laps de temps très court des récidives toujours ennuyeuses.

Observations

OBSERVATION I (*personnelle*)

C..., Jean, 43 ans $\frac{1}{2}$, se présente à la clinique le 26 août, pour larmolement et exsudation collant les cils au réveil. Il y a cinq ou six jours, en se lavant les yeux, le malade s'aperçoit de la présence d'une petite tumeur siégeant dans le cul de sac conjonctival inférieur de l'œil droit.

Rien à signaler dans les antécédents personnels et héréditaires.

A l'examen, la tumeur siége exactement au fond du cul de sac inférieur, à l'union du tiers moyen et du tiers externe. Elle s'étale entre la paupière et le globe et son extrémité supérieure apparaît derrière le bord palpébral.

La tumeur est nettement pédiculée. Elle est régulièrement ovoïde, allongée. Elle mesure six millimètres de longueur et trois millimètres de largeur. La coloration est rouge foncé, lie de vin ; sa surface est lisse et régulière, sans plis ni cryptes ; sa consistance est molle mais élastique.

L'ablation fut pratiquée, sans incidents, le 28 août.

Examen histologique. — a) A un faible grossissement, une coupe transversale montre : un revêtement muqueux régulier recouvrant sans interruption toute la surface de la tumeur.

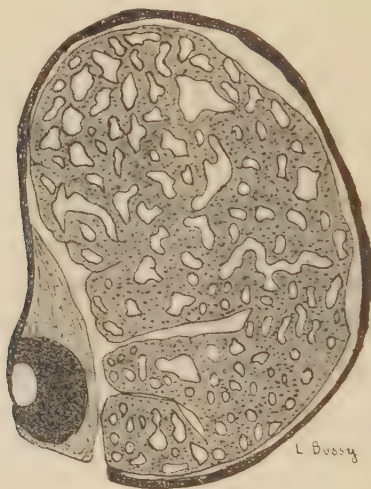


FIG. 1. — C... Jean. Faible grossissement

Il est constitué par un épithélium à deux ou trois couches de cellules, qui ressemble tout à fait à la conjonctivité normale. On voit çà et là quelques inclusions épithéliales, formées d'un amas de cellules polygonales arrondies au sein d'un derme épaissi.

Le corps même de la tumeur est formé d'un système aréolaire de cellules, circonscrivant des lacunes irrégulières pleines de sang.

b) A un plus fort grossissement on note les particularités histo-pathologiques suivantes :



FIG. 2. — C... Jean. Moyen grossissement.

Toute la surface de la tumeur est revêtue régulièrement par la muqueuse conjonctivale à peu près normale. Il s'agit d'un épithélium stratifié qui s'étale en trois couches continues : une couche superficielle à cellules cylindriques, une couche moyenne à cellules polygonales, une couche profonde à petites cellules cubiques dont les noyaux volumineux prennent fortement les colorants. Le derme conjonctival est mince et régulier sauf en certains points où il augmente d'épaisseur pour englober de

petites inclusions épithéliales. On trouve dans cette muqueuse quelques cellules caliciformes et au-dessous d'elle quelques amas lymphoïdes.

La tumeur elle-même est toute entière constituée par un lacs de grandes cellules conjonctives allongées, enchevêtrées et anastomosées, qui circonscrivent entre leurs mailles de vastes lacunes irrégulières pleines de globules rouges. Ces lacunes vasculaires ne possèdent pas de parois propres ; elles ne sont revêtues en aucun point par un endothélium ; elle sont creusées au sein même du tissu de la tumeur et seules les cellules conjonctives qui en forment la charpente constituent aussi la paroi de ces espaces vasculaires.

OBSERVATION II (*personnelle*)

G..., Elie, 47 ans, gardien de la paix, se présente à la Policlinique, le 3 décembre 1919.

A la suite d'une hémorragie de la conjonctive palpébrale inférieure droite survenue il y a huit jours (25 novembre), le malade s'est aperçu de la présence d'une petite tumeur rouge, saignant facilement lorsqu'il la touchait.

A l'examen, on remarque sur la conjonctive palpébrale inférieure droite, à l'union de son tiers interne et de ses deux tiers externes une petite tumeur arrondie, régulière, mesurant deux millimètres de diamètre environ. Sa couleur est rouge vif ; sa surface est parfaitement lisse et brillante. Elle est rattachée à la conjonctive par un mince pédicule cylindrique, mesurant trois milli-

mètres. Il y a une certaine vascularisation de la conjonctive circonvoisine plus accentuée du côté externe.

L'extirpation fut pratiquée le même jour par excision. Pas d'incidents. Hémorragie très légère.



FIG. 3. — G... Elie. Faible grossissement.

Examen histologique. — Cette petite tumeur a une composition relativement simple. Elle est formée essentiellement de deux parties : une membrane d'enveloppe et une substance propre.

a) Membrane d'enveloppe. — C'est la conjonctive du cul de sac inférieur à peine modifiée. Elle revêt régulièrement toute la surface de la tumeur y compris le pédicule. On y distingue nettement les cellules cylindriques superficielles, reposant sur deux couches de cellules polyédriques, avec, par endroit, quelques cellules caliciformes.

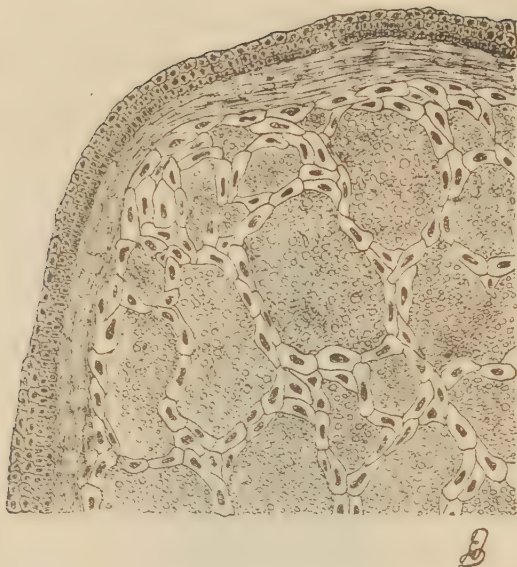


FIG. 4. — G. Elie. Moyen grossissement.

b) Substance propre. — Le tissu même de la tumeur est formé d'un lavis de fibres et de cellules conjonctives assez régulièrement feutrées et anastomosées. Ce tissu est creusé d'un système de canaux et de lacunes sans parois nettement différenciées, ni revêtement endothélial et dans lequel on voit des globules rouges. Ces canaux sont irréguliers et polymorphe.

Il s'agit donc d'un angiome.

Le 16 janvier, le malade se représentait à la consultation, porteur d'une récidive « in situ ». Son volume était sensiblement égal à celui de la tumeur primitive. Ses caractères macroscopiques et microscopiques étaient identiques.

Le même traitement chirurgical fut appliqué.

OBSERVATION III

RUVIOLI. — *Annali di ottalmologia*, 1876.

Il s'agit d'un homme de 30 ans, porteur d'une tumeur pédiculée siégeant à la partie externe de la conjonctive de l'œil gauche. La tumeur, de la grosseur d'un demi grain de café, est sans adhérences avec la sclérotique ni avec la cornée dont elle touche le bord. Sa couleur est rouge sombre et elle saigne au moindre contact.

L'angiome évolue depuis deux ans, à l'endroit où, de nombreuses années auparavant, s'était formée une ecchymose traumatique très lente à disparaître.

Le sujet ressentait une gêne légère mais ne se plaignait d'aucune douleur.

La tumeur fut enlevée d'un coup de ciseaux, mais récidiva, à la même place, très peu de temps après, alors que la petite plaie n'était pas encore cicatrisée.

La conjonctive était soulevée tout autour, sous forme de chemosis. Ruvioli se contenta d'enlever la portion œdématisée de la muqueuse dans l'espoir de voir s'atrophier le néoplasme.

L'angiome se ratatina puis disparut, laissant une cicatrice lisse et brillante.

OBSERVATION IV

ELSCHNIG. — Ueber die polypenähnlichen Geschwulste der Bindehaut (*Archiv f. Augenheilkunde*, 1889).

Karl M..., âgé de 17 ans, présente sur la conjonctive palpébrale supérieure droite une tumeur très vasculaire d'un centimètre d'épaisseur. Elle pend, attachée à un mince pédicule et vient faire saillie entre les deux pau-

pières. La conjonctive bulbaire est normale. De fréquentes hémorragies se produisent sans causes connues : le patient prétend même avoir perdu plusieurs litres de sang (!). On pratique l'extirpation : forte hémorragie. — Guérison.

L'examen histologique montre un fibro-angiome avec, par places, une structure caverneuse.

OBSERVATION V

ZIMMERMANN. — 1894. — *Klinische Monatsblaetter für Augenheilkunde*. — T. XXXII. S. 379. — *Beitrag zur Kenntnis der Pathologie-Anatomie der polypoiden Neubildungen der conjunctiva* (Fall III).

Hermann K..., âgé de 11 ans, légèrement hémophilique.

A la paupière supérieure gauche se trouve, sur la conjonctive tarsale, une petite tumeur pédiculée qui saigne très facilement.

Extirpation suivie de guérison.

L'examen histologique révèle un fibrome mou, très riche en vaisseaux sanguins. Une partie des cellules épithéliales est transformée en cellules caliciformes.

OBSERVATION VI

KROCHINSKI. — *Beitrag für Augenheilkunde*, 1894.

Chez un enfant de 7 ans se trouvait, dans l'angle externe du sac conjonctival, une tumeur de la grosseur d'un pois, de couleur rouge sang, de forme ovoïde et qui était fixée sur le ligament externe du canthus par un pédicule de 3 ^{mm} de long et de coloration grisâtre.

Quand on essaya d'enlever la tumeur, le pédicule se rompit près de la conjonctive bulbaire sans qu'il coulât une goutte de sang.

A l'examen histologique, les vaisseaux qui traversaient la tumeur, étaient en partie oblitérés, ce qui avait amené une gêne circulatoire avec hémorragies multiples.

OBSERVATION VII

RAMPOLDI et STAPHANINI. — 1883. — *Annali di ottalmologia*.

Le malade était un homme de 50 ans. A l'œil gauche, dans le cul de sac conjonctival supérieur se trouve une petite tumeur pédiculée. Habituellement cachée, elle vient parfois, avec les mouvements de l'œil, déborder la paupière et se placer devant la cornée dont elle atteint presque la limite inférieure. Sa couleur est jaune citron, mais, lorsqu'on voulut la prendre avec une pince pour l'examiner, sa couleur changea et devint rouge à cause d'une extravasation sanguine.

Au moment de l'extirpation, elle donna issue au point d'incision à quelques gouttes de sang.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

OBSERVATION VIII

BOCK. — 1898. — Polypenartige Blutgeschwulste. — *Wiener med. Wochenschrifte*. T. 48, S. 1763.

Joseph M..., âgé de 6 ans, présente à l'œil gauche, sur la portion interne de la paupière supérieure, deux petites tumeurs. Sur le globe, une tumeur lisse, rouge

clair, qui recouvre la caroncule. Sur ce point on constate encore une tumeur pédiculée et au fornix inférieur deux petites protubérances.

Le tout fut extirpé.

L'examen histologique de la tumeur pédiculée montra qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

OBSERVATION IX

PERGENS. — 1901. — Angiome de la conjonctive tarsale. — *Klinische Monatsblaetter für Augenheilkunde* : T. XXXIX, S. 23.

Jeune homme de 16 ans. Se présente en se plaignant de sensation de corps étranger sous la paupière supérieure droite. Sous l'influence des frottements, il y avait des suintements sanguins qui se sont renouvelés plus fréquemment ces temps derniers.

En retournant la paupière supérieure, on voit, sur le bord supérieur du tarse une petite tumeur livide, arrondie, ayant 1 ^m/_m de diamètre environ.

Elle pend de haut en bas sous forme de polype et saigne facilement au moindre attouchement.

L'extirpation fut pratiquée et on cautérisa la base du pédicule avec du nitrate d'argent.

L'examen histologique montra une tumeur formée de capillaires recouverts d'épithélium, qui manquait par endroits. Les vaisseaux se présentaient ainsi à nu et cette disposition expliquait les hémorragies fréquentes.

Il s'agit donc là d'un angiome simple.

OBSERVATION X

CARLINI. — 1903. — Angiome caverneux de la conjonctive. — *Annali di ottalmologia*. Pavia, p. 396.

Un garçon de 5 ans est amené à la consultation, se plaignant de sensation de corps étranger dans l'œil droit. Cette sensation a débuté il y a dix jours et incite l'enfant à se frotter continuellement la paupière : il en est résulté une abondante hémorragie.

À l'examen, on constate à la face externe de la paupière supérieure droite une légère tuméfaction, rappelant par son aspect un chalazion. En retournant la paupière supérieure, on reconnaît qu'il ne s'agit pas là d'un chalazion, mais d'une tumeur arrondie, globuleuse, de la grosseur d'un petit pois, reliée par un court pédicule au pli de passage, entre la portion tarsale et le cul de sac conjonctival supérieur.

La tumeur est de couleur rouge brun, sa surface est lisse et sa consistance élastique.

On porte le diagnostic de polype conjonctival et on procède à l'extirpation après ligature du pédicule.

Au moment de l'opération, il se produit une hémorragie qui ne cède qu'à une compression prolongée et à l'instillation d'un collyre à l'adrénaline.

Dans les antécédents de l'enfant, on ne peut relever qu'un point particulier : il y a trois ans, on lui extirpa une petite tumeur rouge écarlate, siégeant à la bosse frontale droite et qui saignait facilement.

Cinq jours après l'opération actuelle, l'enfant recommença à se plaindre de sensation de corps étranger. Il fut ramené à la clinique, où on constata qu'au même endroit une autre tumeur tendait déjà à se produire.

Au bout de dix semaines, elle avait atteint les dimensions de la tumeur primitive.

Quelques jours après se produisit une hémorragie très abondante, qui nécessita l'application d'une ligature.

Le lendemain l'hémorragie avait cessé et la petite tumeur disparu.

Mais, sur la cicatrice, ne tarda pas à se produire un léger soulèvement qui augmenta les jours suivants et aboutit à la formation d'une seconde récurrence. Celle-ci différait de la première par un pédicule plus court, une couleur rouge plus foncée et des dimensions moindres.

Les jours suivants, la tumeur augmentant de volume, on en fit l'extirpation et pour obtenir une guérison radicale, on enleva la portion avoisinante de la conjonctive.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

OBSERVATION XI

GALEZOWSKI. — Angiome pédiculé, in *Ann. d'ocul.*

Il s'agit d'une petite tumeur que présentait un homme de 46 ans et qui siégeait sur la conjonctive palpébrale, au-dessus du bord libre de la paupière. Elle mesurait 1 cm. de longueur et était attachée par un étroit pédicule. L'examen histologique a montré que la tumeur était un angiome caverneux. On voit, en effet, sur les coupes, un tissu caverneux. Les lacunes sont irrégulières, elles sont séparées par des travées de tissu conjonctif dense, tapissées d'endothélium. Les unes sont remplies de sang, les autres d'un exsudat fibrineux et enfin d'autres sont vides. Ces cavités ne sont pas de simples dilatactions vasculaires, car, en aucun point, on n'observe de fibres musculaires lisses dans leurs parois.

CONCLUSIONS

I. — De nombreux travaux ont paru sur l'angiome en général, mais l'angiome de la conjonctive à forme pédiculée reste une tumeur rare : onze observations en ont été publiées.

II. — C'est une affection presque toujours congénitale, apparaissant sous la forme d'un petit *nœvus* plan qui, plus tardivement, se pédiculise.

III. — L'angiome se forme au niveau des fentes branchiales, probablement à la suite d'une irritation des bourgeons vasculaires qui en font partie.

IV. — Il peut revêtir deux formes extrêmes :

- a)* Angiome plexiforme ;
- b)* Angiome caverneux,

entre lesquelles se place toute une série de formes intermédiaires.

V. — L'angiome pédiculé est une tumeur bénigne

évoluant très lentement. Sa dégénérescence et sa transformation en tumeur maligne sont sans doute possibles, comme dans toute tumeur vasculaire, mais n'ont encore jamais été observées.

VI. — Le traitement consiste à sectionner le pédicule le plus près possible de son point d'implantation conjonctival et de pratiquer une suture hémostatique. Sa dissection peut être utile pour prévenir les récidives assez fréquentes à la suite de la méthode classique de cautérisation ignée.

• VU :

Le Doyen,
HUGOUNENQ.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
E. ROLLET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Mars 1920.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) AXENFELD. — Traité d'Ophthalmologie.
- 2) BERGONIÉ. — De la méthode bipolaire dans l'électrolyse des angiomes (Association française pour l'avancement des sciences, Pau 1892).
- 3) BLESSIG. — St-Petersburger med. Zeitung, 1867, T. II.
- 4) BOCK. — Wiener med. Wochenschrift, 1898.
- 5) CARLINI. — Annali di ottalmologia, Pavia 1904, T. XXXIV.
- 6) CASTELAIN. — Annales d'oculistique, 1907 : L'angiome de la conjonctive. Vol. II, p. 113.
- 7) CHIC (M^{lle}). — Angiomes de la conjonctive. Thèse Paris 1914.
- 8) CORNIL et RANVIER. — Histologie Pathologique.
- 9) DE LAPERSONNE. — Maladies des paupières et des membranes externes de l'œil.
- 10) DESMARRES — Traité des maladies des yeux, T. II.
- 11) FAVRE. — Polypes de la conjonctive. Thèse Paris 1878.
- 12) GALEZOWSKI. — Tumeurs érectiles de la portion scléroticale de la conjonctive (*Recueil d'Ophthalmologie*, page 80, 1873.
- 13) GROS. — Angiome de la conjonctive d'origine traumatique (*Bulletin médical de l'Algérie*, 1904, T. XX, p. 262.
- 14) KROCHINSKY. — Beitrag für Augenheilkunde, 1894.
- 15) LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et de ses annexes.
- 16) PANAS. — Traité des maladies des yeux, T. II.
- 17) PANAS et REMY. — Anatomie pathologique de l'œil.
- 18) PERGENS. — Klinische Monatsblaetter für Augenheilkunde, 1901.
- 19) RAMPOLDI et STÉFANINI. — Annali di Ottalmologia, 1883, T. XIII, Fasc. 1, p. 3.

- 20) REBOUL. — Transformations et dégénérescences des naévi
(*Archives générales de Médecine*, 1893).
 - 21) ROLLET. — De l'apparition tardive des kystes dermoïdes de la
tête. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.
— 24 septembre et 4 octobre 1889.
 - 22) RUVIOLI. — *Annali di ottalmologia*, 1876.
 - 23) VIRCHOW. — *Die Krankheiten. Geschwulste*, T. III.
 - 24) VON AMMON. — *Klinische Darstellungen*, T. II.
 - 25) ZIMMERMANN. — *Klinische Monatshefte für Augenheilkunde*, 1897.
-

Imp. Ducros & Lombard - Valence
